

Artículo de Investigación

Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual¹

Validation and reliability test of spanish version of Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)

Validade e confiabilidade da versão em espanhol de Escala de Avaliação de Espiritualidade e de Cuidado Espiritual

Lina María Vargas-Escobar²

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la validez y confiabilidad en el contexto colombiano de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual, diseñada por McSherry, Draper y Kendrick. Se realizó una investigación metodológica para establecer la validez facial, de contenido, de constructo y la confiabilidad. Para la validez facial participaron n=10, para la de contenido n=8, para la de constructo y la de confiabilidad n=183 enfermeras.

La validez facial arrojó un porcentaje de acuerdo del 92% en los criterios de claridad, comprensión y precisión. El índice de validez de contenido (CVI) fue de 0,99. La validez de constructo con rotación Varimax reportó una estructura de cuatro factores. El resultado del Alpha de Cronbach de toda la escala fue de 0,73. De acuerdo con lo anterior, la versión en español de la escala cuenta con pruebas psicométricas suficientes en cuanto a confiabilidad y validez para utilizarse en la determinación de la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual de enfermeras y enfermeros.

Palabras clave: confiabilidad y validez, cuestionarios, espiritualidad, personal de enfermería, atención de enfermería.

Recibido: 2015-08-30; aprobado: 2015-09-08

1. Los resultados hacen parte de la tesis titulada "Evaluación de una intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual en el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica", para optar el título de Doctora en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
2. Enfermera, magíster en Enfermería, doctora en Enfermería. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lmvargase@gmail.com

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the validity and reliability in the Colombian context of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS), designed by McSherry, Draper and Kendrick. Methodological research was performed to establish face, content and construct validity and reliability. For facial validity $n = 10$ nurses participated, for content $n = 8$, for construct and reliability $n = 183$.

Facial validity showed a percentage of 92% of agreement on clarity, understanding and accuracy criteria. Content validity index (CVI) was 0.99. Varimax rotation for construct validity showed a four-factor structure. The result of Cronbach Alpha entire scale was 0.73. According to the above results, the Spanish version of the scale has adequate psychometric testing for reliability and validity to determine the perception of spirituality and spiritual care of nurses.

Key words: reliability and validity, questionnaires, spirituality, nursing staff, nursing care.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi determinar a validade e confiabilidade, no contexto colombiano, da Escala de Avaliação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual, projetada por McSherry, Draper e Kendrick. Uma pesquisa metodológica foi realizada para estabelecer a validade facial, de conteúdo, de constructo e a confiabilidade. Para a validade facial participaram $n = 10$, para o conteúdo $n = 8$ e para o constructo e confiabilidade, $n = 183$ enfermeiras.

A validade facial mostrou um percentual de concordância de 92% sobre os critérios de clareza, compreensão e precisão. O índice de validade de conteúdo (IVC) foi de 0,99. A validade de constructo com rotação Varimax apresentou uma estrutura de quatro fatores. O resultado do Alpha de Cronbach de toda a escala foi de 0,73. De acordo com o exposto, a versão espanhola da escala tem teste psicotécnico adequado para a confiabilidade e validade, para uso na determinação da percepção de espiritualidade e cuidado espiritual dos enfermeiros e enfermeiras.

Palavras-chave: confiabilidade e validade, questionários, espiritualidade, recursos humanos de enfermagem, cuidados de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

El *cuidado de enfermería* es uno de los conceptos centrales de la disciplina (1). Sin embargo, no solo implica el abordaje de las dimensiones físicas, sociales o psicológicas de la persona, sino también de las espirituales (2).

La dimensión espiritual es un componente fundamental en la integración y el holismo de los cuidados de enfermería, que ha sido incluida en diferentes teorías de manera implícita o explícita (3-6). Desde hace varios años, la enfermería ha mostrado interés en la manera como la espiritualidad influye sobre otras dimensiones de la persona, su salud, bienestar y calidad de vida. Pese a la importancia atribuida por las enfermeras a la espiritualidad de los pacientes (7-11), son pocos los estudios que establecen las percepciones y actitudes de las enfermeras frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual de las personas a su cargo (12-13).

La Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual (SSCRS, por su sigla en inglés)

de desarrolló en Reino Unido por W. McSherry, P. Draper y D. Kendrick (12). Fue construida a partir de una rigurosa revisión de la literatura y la necesidad de contar con una herramienta que midiera la comprensión y actitudes de enfermería frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual. Se construyó a partir de la información obtenida de 549 enfermeras clínicas que laboraban en el Servicio Nacional de Salud en Inglaterra, en diferentes unidades de atención.

Para McSherry y colaboradores, la conceptualización de la espiritualidad en la literatura de enfermería adquiere dos formas: una religiosa y otra existencial (12). La primera se deriva de una tradición histórica y se basa en descriptores religiosos y teocéntricos. Esta forma de espiritualidad es de cierta manera más tangible y observable en indicadores tales como la creencia en un dios o la práctica de una actividad religiosa formal. Por su parte, la forma existencial ha sido clasificada como “una forma posmoderna” de espiritualidad. Es

muy subjetiva y refleja la preocupación que tiene el individuo por los aspectos de la sociedad material y de las situaciones de la vida. Esta forma de espiritualidad puede tener descriptores de tipo fenomenológico o existencial (14). Desde este punto de vista, la conceptualización de espiritualidad es multifacética y, por lo tanto, es posible que los individuos puedan identificarse con una o ambas formas de espiritualidad.

McSherry y colaboradores (12) se interesaron también en el estudio de las percepciones de la espiritualidad y el cuidado espiritual, tal y como lo percibe el personal de enfermería. Establecieron cuatro factores o subescalas que muestran asociaciones subyacentes entre ellas y apoyan la comprensión de estas percepciones. Estos son: espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y cuidado personalizado.

La *espiritualidad* está compuesta por aspectos tanto existenciales como religiosos. Los primeros se refieren a la necesidad del individuo de encontrar y vivir su vida con significado y propósito. Los segundos sugieren que la espiritualidad no solo es un concepto asociado a una religión, sistema de fe o de culto, sino que subraya el carácter universal de la espiritualidad mediante el reconocimiento de áreas como la creatividad, el arte y la expresión de sí mismo. En consecuencia, la espiritualidad es un fenómeno mucho más amplio que simplemente asignar expresiones religiosas (12).

El *cuidado espiritual* está constituido por acciones y comportamientos de cuidado que lleva a cabo la enfermera en la práctica y que pueden tener una tendencia religiosa o existencial. La enfermera debe escuchar, pasar el tiempo con el otro, mantener la privacidad y la dignidad, así como las prácticas religiosas, promover el encuentro de significado y propósito y mostrar cualidades como bondad, preocupación, amabilidad, apertura y empatía (12, 15-17).

En cuanto a *la religiosidad*, Watts (13) expresa que la espiritualidad es algo mucho más amplio que la religión y que si bien esta es un componente importante de la espiritualidad, la persona puede expresar o no su espiritualidad a través de ella, tal como lo exponen también McSherry y colabora-

dores (12). Lo anterior implica que si una persona es religiosa no necesariamente puede ser percibida como espiritual y que, al contrario, una persona no religiosa también pueda percibirse como espiritual.

El *cuidado personalizado* sugiere aspectos de la espiritualidad que son únicos, diferentes y específicos para cada individuo (sea creyente, ateo o agnóstico), como la moral, las creencias, los valores y las relaciones personales. McSherry y colaboradores sostienen que todas las dimensiones de la espiritualidad y de la vida son únicas para cada individuo y expresan una inspiración secundaria a una fuerza religiosa o una filosófica abstracta (12).

La Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual ha sido utilizada y validada en países como China, por Wong, Lee y Lee (18) y Wu y Lin (11); en Estados Unidos por Mazaheri, Khoshknab, Bagher y Rahgozar (19); en Irán por Fallahi, Mazaheri, Maddah y Rahgozar (20); y en Turquía por Ozbasaran, Ergul, Temel, Alsal y Coban (9). Sin embargo, en la revisión bibliográfica sobre escalas, cuestionarios e instrumentos que midan las percepciones y actitudes de las enfermeras frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual de sus pacientes no se encontraron instrumentos disponibles en español que sean válidos y confiables y puedan ser empleados en la práctica y la investigación de este fenómeno en el contexto latinoamericano. Por tanto, el presente estudio metodológico tiene como objetivo establecer la adaptación cultural, la validez y la confiabilidad de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual (SSCRS).

MÉTODOS

Este es un estudio de tipo metodológico con abordaje cuantitativo. El procedimiento para cumplir con el objetivo propuesto fue el siguiente:

1. Obtención del aval de los autores de la escala para establecer la validez y confiabilidad.
2. Traducción revisada de la escala: fue traducida del inglés al español de manera independiente por dos traductores oficiales y filólogos, y también por dos enfermeras bilingües. Posteriormente, les fue entregada una versión consolidada en español y cada uno dio su

aprobación. Esta última versión fue traducida a su vez por un traductor oficial diferente, del idioma español al inglés y enviada al autor para una primera revisión. Con sus observaciones, esta versión se sometió a un panel de expertos, quienes apoyaron los procesos de validez aparente y de contenido. Por último, esta versión del consenso se envió al autor, quien la aprobó (*véase* Anexo 1).

3. Prueba piloto: participaron diez enfermeras que hicieron aportes para los últimos ajustes y la versión final.
4. Cálculo de muestra para la validez de constructo: la selección de la muestra para validez y confiabilidad del instrumento siguió los parámetros necesarios para establecer la validez de constructo por el procedimiento de análisis factorial. Si bien no existe un solo criterio para determinar el número de sujetos respecto al número de ítems, para el presente estudio se decidió tomar una muestra diez veces mayor que el número de variables o ítems ($n=10k$ donde k es el número de ítems o variables), de acuerdo con lo sugerido por Nunnally, Thorndike y Martínez, citados por Morales (21). Considerando que la escala tiene un total de 17 ítems, la muestra estaría conformada por 170 participantes. En este caso, 183 sujetos participaron en este proceso, lo que corresponde a un 7,6% adicional a la muestra deseada.
5. Obtención de la información: la escala fue aplicada por la investigadora y por dos asistentes de investigación que fueron capacitados para recabar la información. Es importante mencionar que como parte de los aspectos éticos del estudio, se contempló el derecho de los participantes de ser informados sobre la naturaleza y los objetivos del estudio, los beneficios potenciales y molestias (que en este caso eran mínimas). La investigadora manejó la información de manera confidencial y se contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, así como con la autorización del autor de la escala, el doctor Wilfred McSherry.

6. Obtención de la información para la validez facial y de contenido: participaron en total diez enfermeras (ocho expertas en la temática de espiritualidad y situaciones de cronicidad, y dos enfermeras de la práctica). Se tuvo en cuenta el fraseo de cada una de las preguntas, las recomendaciones y observaciones de cada uno de los participantes, así como los criterios de claridad, precisión y comprensión.

La validez de contenido se determinó con base en los conceptos de ocho enfermeras expertas en la temática de espiritualidad y situaciones de cronicidad, quienes clasificaron los ítems en relevante, poco relevante y no relevante. El modelo de Lawshe modificado por Tristán (22) aplicado en el estudio consiste en obtener el acuerdo del panel de expertos en su opinión con respecto a cada uno de los ítems de la escala, asociados con la habilidad, conocimiento o competencia medidos por los ítems. La validez de contenido se obtuvo a través de los datos adquiridos en el grado de acuerdo de los expertos respecto al instrumento.

Después del proceso de validez facial y de contenido, se realizó una prueba piloto con diez enfermeras, cuyo objetivo principal era generar los últimos ajustes a la escala y en la aplicación del consentimiento informado y formato de caracterización de las enfermeras y enfermeros.

7. Obtención de la información para la validez de constructo: participaron 183 integrantes del personal de enfermería vinculados laboralmente a instituciones de carácter asistencial (clínico, comunitario, público y privado), de educación superior, así como enfermeras que trabajan de manera independiente. Ellos decidieron participar independiente y voluntariamente en la evaluación de validez y confiabilidad de la escala, previa lectura y aprobación del consentimiento informado.
8. Procesamiento de la información: este fue realizado por la investigadora. Los datos fueron digitados y organizados en dos hojas de cálculo mediante códigos asignados. Para la validez de contenido se empleó el modelo

de Lawshe, modificado posteriormente por Tristán (22). La consistencia interna de la escala fue evaluada con el coeficiente Alfa de Cronbach para el instrumento completo y para cada una de las subescalas. Se usó el procedimiento de análisis factorial de componentes principales, técnica estadística de síntesis de información o reducción de la dimensión. Se estableció de acuerdo con el número de los factores descritos por McSherry y colaboradores para la escala (12), lo que permitió contrastar estos resultados con los obtenidos en el presente estudio. Con el fin de determinar la pertinencia de la aplicación del análisis factorial, se efectuó la prueba de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Para los análisis, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 y se asumió un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Validez facial

Los resultados indican que la escala cumple en general con los criterios de claridad en un 94%, comprensión en un 92% y precisión en un 91%, que corresponden al porcentaje de acuerdo entre las diez participantes. El porcentaje general de la escala en estos tres aspectos fue del 92%.

Por parte de los expertos, el porcentaje de acuerdo en comprensión fue del 91%, 94% en claridad y 90% en precisión. Según las enfermeras de la práctica, el porcentaje de acuerdo fue de 97% en claridad, 91% en precisión y 100% en comprensión. Cada una de las enfermeras realizó observaciones semánticas a los ítems con algunas propuestas para ajuste.

Validez de contenido

La validez de contenido se obtuvo a partir del grado de acuerdo de los expertos respecto al instrumento. Para obtener este valor, se aplicó la ecuación para el cálculo de validez de contenido para cada ítem, o Razón de validez de contenido (CVR). Los 17 ítems obtuvieron un CVR entre 0,625 y un máximo de 1 (mayor o igual a 0,582, que es el mínimo para

aceptar el acuerdo entre los expertos) (22). También se utilizó la ecuación para el cálculo de validez de contenido global del instrumento, Índice de validez de contenido (IVC), el cual reportó un 0,919. Esto demuestra un grado de acuerdo entre los expertos.

Después del proceso de validez facial y de contenido así como de la prueba piloto con diez enfermeras, se hicieron los últimos ajustes, específicamente en los ítems (A, E, M, P). Se determinó también un tiempo promedio de diligenciamiento de los cuestionarios y el consentimiento informado entre 10 a 20 minutos.

Validez de constructo

De 183 participantes, solo 143 diligenciaron el cuestionario de caracterización, debido a la imposibilidad de aplicarlo a 40 de las participantes (por falta de insumos en ese momento). De estos 143 profesionales de enfermería, el 91,2% era de género femenino, el 51,7% presentaba una edad inferior a los 35 años, eran casadas (43,9%) o solteras (41,2%) y su nivel educativo era de pregrado (33,7%), especialización (33,1%) o maestría (31,0%), principalmente.

Respecto a la experiencia laboral de los participantes, el 25,6% tenía entre 10 a 15 años de experiencia, el 24,3% de 4 a 9 años, el 18,9% de 16 a 21 años y otros 31,2%. El tipo de institución donde laboraban era asistencial (clínica/hospitalaria) en un 67,6%, universitaria en un 19,7% y otra 12,7%. El 62,8% tenía contrato a término indefinido, el 20,9% a término fijo y otro 16,3%. Así mismo, se encontró que 38,0% del personal laboraba en la mañana, 17,7% en la tarde, el 16,8% en la noche y el 27,7% otros (jornada continua o dos turnos).

Con relación al tiempo de experiencia al cuidado de personas con enfermedad crónica, el 29,7% de los participantes tenía una experiencia entre 6 meses y 6 años, el 29,0% de 4 a 9 años, 21,2% de 10 a 15 años y 19,8% de más de 16 años. El número de personas con enfermedad crónica a su cargo oscilaba entre 1 a 10 en un 46,6%, 11 a 20 en un 24,1%, más de 21 en un 19,9% y no aplica 9,4%. La religión predominante de los participantes era la católica (82,7%), seguida de la cristiana (11%). Ante la pregunta de si habían recibido o no algún tipo de formación sobre cuidado espiritual, el 39,5% contestó de manera

afirmativa y el 60,5% de forma negativa, lo cual llama la atención en este caso.

Análisis factorial

El KMO reportado fue de 0,792, lo que significa una alta correlación entre las variables y, por lo tanto, la conveniencia de emplear el análisis factorial. La prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa con un Chi-cuadrado (136)=644.478, $p=0,000m$, que ratifica la aplicación de este análisis.

Para determinar el peso factorial de cada uno de los componentes y obtener una interpretación clara de las interrelaciones entre las variables, se realizó la rotación Varimax. La Tabla 1 muestra los resultados del análisis de componentes principales que muestran los pesos factoriales de cada uno de los ítems para cada una de las dimensiones.

Matriz de componentes rotados				
Ítem	Componente			
	Percepción del cuidado espiritual	Percepción de la religiosidad	Percepción de la espiritualidad	Percepción del cuidado personalizado
f			0,426	
h	0,405		0,570	
i	0,450		0,522	
j	0,453		0,545	
l	0,678			
c				0,544
a	0,459			0,459
b	0,425			
g	0,673			
k	0,715			
e			-0,590	
d		0,673		
m		0,659		
p		0,708		
n	0,693			
o			0,513	0,492
q				0,776

Tabla 1. Matriz de componentes rotados de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual

Nota:

Método de extracción: análisis de componentes principales

Método de rotación: normalización Varimax con Kaiser

De acuerdo con los resultados anteriores, la organización final de los ítems de la escala en su versión en español se presenta en la Tabla 2, donde la subescala percepción de la espiritualidad está conformada por los ítems F, I, J, E; la subescala percepción del cuidado espiritual por los ítems A, B, G, K, N, H, L; la subescala percepción de la religiosidad por los ítems D, M, P y finalmente la subescala percepción del cuidado personalizado por los ítems C, Q, O.

Subescala	N° de ítems	Ítems
Percepción de la espiritualidad	5	F, I, J, E
Percepción del cuidado espiritual	5	A, B, G, K, N, H, L
Percepción de la religiosidad	3	D, M, P
Percepción del cuidado personalizado	3	C, Q, O

Tabla 2. Agrupación de los ítems de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual en su versión en español

Confiabilidad

Consistencia interna de la escala completa

El Alpha de Cronbach para la escala completa fue de 0,733. De acuerdo con Burns y Grove (23), este valor es aceptable, considerando que la escala está siendo perfeccionada y se está utilizando en una variedad de muestras diferentes; en este caso en el contexto colombiano. También se evaluó la correlación elemento-total corregida, que corresponde al coeficiente de homogeneidad corregido.

Se encontró que todas las correlaciones eran positivas, lo cual indica que no habría necesidad de eliminar ítems. Dos ítems, D y E, presentaron correlaciones débiles de 0,20; sin embargo, dada su importancia teórica se conservaron.

Consistencia interna por subescalas

La consistencia interna por subescalas evidencia coeficientes medios regulares en todos los casos, como se muestra en la Tabla 3, a excepción de la escala de Percepción de la espiritualidad que presenta una confiabilidad media aceptable (23).

Subescala	Alpha de Cronbach
Percepción de la espiritualidad	0,657
Percepción del cuidado espiritual	0,575
Percepción de la religiosidad	0,546
Percepción del cuidado personalizado	0,492

Tabla 3. Confiabilidad por subescalas de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual

Es necesario tener en cuenta que el valor de Alfa es afectado directamente por el número de ítems que componen una escala. A medida que se incrementa el número de ítems, aumenta la varianza colocada en el numerador, de tal manera que puede obtenerse un valor sobrestimado de la consistencia de la escala (24). En este caso la escala no cuenta sino con 17 ítems, razón por la cual los valores del Alpha por subescala son en apariencia más bajos que los rangos establecidos por los autores.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo general establecer la adaptación cultural, validez y confiabilidad de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual (12).

La validez de la escala comenzó con el proceso de adaptación cultural. “Consiste en la traducción y adaptación cultural de la versión original a la versión adaptada y su objetivo es conseguir que el instrumento sea equivalente a nivel semántico, conceptual, de contenido, técnico y de criterio en distintas culturas” (25). De acuerdo con Maneesriwongul y Dixon, citados por Carvajal y colaboradores, el método más completo y que garantiza una mayor calidad es la traducción y retrotraducción por personas bilingües o monolingües (25).

Posteriormente la escala se sometió al proceso de validez aparente y de contenido, con la cual se estableció que los ítems midieran el concepto de interés para el estudio. Esta etapa es relevante, si se considera que el instrumento fue traducido y transferido del inglés al español y de una cultura diferente a la colombiana.

La validez de contenido por expertos determinó la pertinencia de las dimensiones y de los ítems

para abarcar el fenómeno de estudio tal como lo establece. Gracias al acuerdo y observaciones efectuadas, se generaron las modificaciones necesarias que dieron consistencia conceptual a la escala.

La validez de constructo, por su parte, determinó si la escala medía realmente el constructo para el cual fue diseñada. Para esto se aplicó el método de componentes principales, con el cual se buscaba no solo determinar los factores que explicaran en mayor grado la varianza total en el grupo de datos de la muestra obtenida, sino también contrastar estos resultados con los obtenidos por el autor de la escala en su versión original. Esto se realizó mediante el procedimiento de análisis factorial, que dio como resultado el ajuste de algunos ítems en las cuatro subescalas. La subescala de percepción del cuidado espiritual fue donde más modificaciones se realizaron con la adición de nuevos ítems.

Es importante establecer que la validez de constructo se llevó a cabo en una muestra heterogénea del personal de enfermería que representan diferentes ámbitos de la práctica, la investigación y la docencia, con variedad de niveles educativos, años de experiencia e inclinación religiosa. Es importante tener presente este aspecto en la aplicación futura de la escala en escenarios de práctica e investigación en diferentes poblaciones de enfermeras.

Llama la atención que un porcentaje importante (39,5%) de participantes del personal de enfermería manifestara haber recibido formación en el tema de cuidado espiritual, lo que implica que de alguna manera esta formación podría estar siendo impartida en el país. Sin embargo, el 60,5% que expresa no haberla recibido, ratifica la necesidad de capacitación en la temática y la necesidad de continuar con los procesos educativos adelantados.

La escala además presentó una buena fluctuación o variabilidad de respuesta entre los ítems, lo cual es importante para determinar que esta proporciona las opciones de respuesta necesarias de acuerdo con el criterio y la percepción del participante.

Finalmente, la confiabilidad de la escala se determinó con la aplicación de un coeficiente de consistencia interna del Alfa de Cronbach, el cual reportó un 0,733 para el total de la escala. Respecto

a este valor, Burns y Grove expresan que este es suficiente (23). Por su parte, Aiken manifiesta que el valor del Alfa de Cronbach es aceptable o no dependiendo de lo que se pretende hacer con las puntuaciones de la escala; si, por ejemplo, se desea determinar si las calificaciones promedio de dos grupos de personas son significativamente diferentes, un coeficiente de confiabilidad de 0,60 o 0,70 podría ser satisfactorio (25).

La consistencia interna por subescalas evidencia coeficientes medios y bajos que en este caso son aceptables debido al número de ítems de la escala, que en este caso son 17. Es importante considerar, como lo manifiestan Oviedo y Campo (26), que la varianza modifica el numerador de la fórmula y que por lo tanto a mayor número de ítems, hay un incremento en la varianza. De esta manera los valores de los coeficientes obtenidos en instrumentos con un gran número de ítems pueden ser sobreestimados en algún grado. Por lo tanto, los coeficientes obtenidos para esta escala de 17 ítems son idóneos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio establece la adaptación cultural, la validez y la confiabilidad de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual, diseñada por McSherry, Draper y Kendrick. Los procedimientos psicométricos utilizados aportan una escala válida y confiable que puede ser empleada en la práctica e investigación de enfermería.

La adaptación de la escala puede ayudar a futuros investigadores a indagar en el tema de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería, proporcionándoles un marco ideal para obtener una comprensión adecuada de los conceptos que pueden ser transferibles universalmente a todas las personas.

La dimensión espiritual y el cuidado espiritual de enfermería son parte del quehacer asistencial y el personal de enfermería debe abordarlos de manera intencional; sin embargo, el establecimiento de las percepciones sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual deben hacerse en el contexto latinoamericano. Por ello, es importante avanzar en la construcción de instrumentos

propios del continente en la temática que puedan ser usados en la práctica de enfermería así como en estudios futuros.

CONFLICTO DE INTERESES

El presente trabajo fue realizado a título personal y no compromete a ninguna de las instituciones con las cuales ella se encuentra vinculada laboralmente. Para su realización se contó con el apoyo financiero del Programa para la Disminución de la Carga de la Enfermedad Crónica no Transmisibles en Colombia del Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee RC, Fawcett J. The influence of the metaparadigm of nursing on professional identity development among RN-BSN students. *Nursing Science Quarterly*. 2013; 26(1): 96.
2. Uribe SP, Lagoueyte MI. "Estar ahí", significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Avances en Enfermería*. 2014; 32(2): 261-70.
3. Ellis HK, Narayanasamy A. An investigation into the role of spirituality in nursing. *Br J Nurs*. 2009; 18(14): 886-90.
4. Hussey T. Nursing and spirituality. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*. 2009; 10(2): 71-80.
5. Pike J. Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006-10. *Br J Nurs*. 2011; 20(12):743-49.
6. White P, Schim SM. Spirituality and spiritual self-care: expanding self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly*. 2011; 24(1): 48.
7. Sánchez B. Bienestar espiritual de personas con y sin discapacidad. *Rev Aquichán*. 2009; 9(1):8-22.
8. Taylor EJ, Testerman N, Hart D. Teaching spiritual care to nursing students: an integrated model. *J Christ Nurs*. 2014; 31(2):94-99.
9. Ozbasaran F, Ergul S, Temel AB, Alsai GG, Coban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011; 20(21-22): 3102-110.
10. McSherry W, Jamieson S. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2013; 22(21-22): 3170-182.

11. Wu LF, Lin LY. Exploration of clinical nurses perceptions of spirituality and spiritual care. *J Nurs Res*. 2011; 19(4): 250-56.
12. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud*. 2002; 39(7): 723-34.
13. Watts J. Meanings of spirituality at the cancer drop-in. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2009; 4(2): 86-93.
14. McSherry W, Cash K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *Int J Nurs Stud*. 2004; 41(2): 151-61.
15. Dhamani KA, Paul P, Olson JK. Tanzanian nurses understanding and practice of spiritual care. *ISRN Nursing*. 2011: 1-7.
16. Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *J Clin Nurs*. 2009; 18(8): 1131-140.
17. Monareng LV. Spiritual nursing care: a concept analysis. *Curationis*. 2012; 35(1): 1-9.
18. Wong KF, Lee LY, Lee JK. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Int Nurs Rev*. 2008; 55(3): 333-40.
19. Mazaheri M, Khoshknab MF, Bagher SS, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *PAYESH Health Monitor*. 2009; 8(1): 102.
20. Fallahi M, Mazaheri M, Maddah S, Rahgozar M. Validation and reliability test of persian version of the spirituality and spiritual care rating scale (SSCRS). *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19: 19-20.
21. Morales P. Tamaño necesario de la muestra: ¿cuántos sujetos necesitamos? Estadística aplicada a las ciencias sociales. Madrid. [Internet] Facultad de Humanidades; 2012 [actualizada el 13 de diciembre de 2012; consultado el 6 noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf>
22. Tristán A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances Medición*. 2008; 6: 37-48.
23. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica de enfermería basada en la evidencia. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
24. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2011 [consultado el 1 de julio de 2015]; 34(1): 63-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es
25. Aiken L. Tests psicológicos y evaluación. 11ª ed. México: Pearson Educación; 2003.
26. Oviedo H, Campo A. Aproximación al uso del coeficiente Alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005; 34(4): 572-80.

ANEXO 1.

Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual (versión en español)

En cada pregunta, por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor refleje la medida en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.

- a. Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual acordando reuniones con el capellán del hospital, sacerdote, pastor, rabino o líder espiritual del paciente, si así lo requiere.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- b. Creo que las enfermeras(os) pueden dar apertura para brindar cuidado espiritual demostrando amabilidad, preocupación y empatía.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- c. Creo que la espiritualidad tiene que ver con la necesidad de perdonar y ser perdonada(o).

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- d. Creo que la espiritualidad solo incluye ir a la iglesia o un lugar de culto religioso.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- e. No creo que la espiritualidad esté relacionada con la creencia y fe en Dios o ser superior.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- f. Creo que la espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de significado en las situaciones buenas y malas de la vida.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- g. Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual pasando tiempo con un paciente dándole apoyo, ánimo y fortaleza, especialmente en momentos de necesidad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- h. Creo que las enfermeras(os) pueden proporcionar cuidado espiritual al promover en el paciente el encontrar significado y propósito a su enfermedad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- i. Creo que la espiritualidad se relaciona con tener una sensación de esperanza y propósito en la vida.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- j. Creo que la espiritualidad tiene que ver con la manera en que uno enfrenta su propia vida en el aquí y ahora.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- k. Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual al escuchar a los pacientes y darles tiempo para discutir, explorar sus temores, ansiedades y problemas.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- l. Creo que la espiritualidad es una fuerza unificadora que le permite a una(o) estar en paz consigo mismo y con el mundo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- m. No creo que la espiritualidad incluya aspectos como el arte, la creatividad y la expresión de sí mismo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- n. Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual respetando la privacidad, dignidad y creencias religiosas y culturales del paciente.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- o. Creo que la espiritualidad involucra las amistades y relaciones interpersonales.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- p. No creo que la espiritualidad aplique para ateos o para quienes tienen duda sobre la existencia de Dios (agnósticos).

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.

- q. Creo que la espiritualidad incluye la moral de las personas, es decir las normas o reglas que rigen la conducta de las personas.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.